ZUR BEHANDLUNG

DER

DIPHTHERIE.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

Dr. C. v. LIEBERMEISTER

O. Ö. PROFESSOR DER PATHOLOGIE UND THERAPIE UND VORSTAND DER MEDIZINISCHEN KLINIK

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT

VON

MAX KAUFFMANN

APPROB. ARZT AUS TÜBINGEN.

TÜBINGEN, 1894.

DRUCK VON HEINRICH LAUPP JR.

ZUR BEHANDLUNG

DER

DIPHTHERIE.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

Dr. C. v. LIEBERMEISTER

O. Ö. PROFESSOR DER PATHOLOGIE UND THERAPIE UND VORSTAND DER MEDIZINISCHEN KLINIK

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT

VON

MAX KAUFFMANN

APPROB. ARZT AUS TÜBINGEN.

TÜBINGEN, 1894.

DRUCK VON HEINRICH LAUPP JR.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552309_0076

Die Litteratur über die Behandlung der Diphtherie ist eine sehr ausgedehnte, und die Zahl der gegen diese Krankheit empfohlenen Mittel ist eine ausserordentlich grosse. Dass trotzdem die Prognose dieser Krankheit immer noch als eine recht schlechte zu bezeichnen ist, beweist einerseits den bösartigen Charakter der Krankheit, andererseits aber auch, dass alle die zahlreichen dagegen angepriesenen Mittel sich nicht als ausreichend erwiesen haben. Gleichwohl ist man nicht berechtigt, die pessimistische Anschauung mancher Aerzte zu teilen, welche der Meinung sind, dass die Diphtherie überhaupt einer Behandlung nicht zugänglich sei, dass sogenannte leichte Fälle auch ohne besonderes Eingreifen von seiten des Arztes spontan heilten, während alle schweren Fälle trotz Behandlung letal verliefen. Denn gerade diese letzteren setzen doch nicht alle schon von Anfang an mit ihrer ganzen Bösartigkeit ein, so dass alle ärztliche Kunst machtlos wäre, sondern viele anfänglich leichter erscheinende Fälle entwickeln sich erst im Verlaufe zu schweren, indem z. B. der diphtheritische Prozess vom Rachen aus sich auf Larynx und Trachea ausbreitet und so das menschliche Leben im höchsten Grade gefährdet. Wenn nun eine ärztliche Behandlung soviel erreicht, dass solches vermieden wird, so ist dies doch immerhin schon ein schöner Erfolg. Und manche von den in Gebrauch gekommenen Mitteln üben in dieser Richtung einen heilenden Einfluss aus. Allein sie leisten sicherlich noch mehr. Denn man wird doch nicht behaupten dürfen, dass alle schweren Fälle von Diphtherie mit dem Tode des Patienten endigten. Es müsste dann eine noch viel höhere Sterblichkeitsziffer herauskommen, als von den verschiedenen Autoren angegeben wird.

Die Behandlung ist, wenn man von der in neuerer Zeit in Angriff genommenen, aber noch nicht zum Abschluss gekommenen Frage des Heilserums und des Antidiphtherins absieht, eine allgemeine oder eine lokale.

Zur Allgemeinbehandlung sind mancherlei sogenannte Specifica empfohlen worden, die in den Körper aufgenommen das in den Orga-

nismus eingedrungene Diphtheriegift unschädlich machen sollten. Zu diesen zählen Kali chloricum, Bromkalium, benzoësaures Natron, salicylsaures Natron, Calomel, Cyanquecksilber, Terpentinöl u. a. Ueber die spezifische Wirkungsweise dieser Mittel ist sehr zu streiten, und jedenfalls ist sie eine sehr unsichere.

Die Berechtigung einer lokalen Behandlungsweise, die den örtlichen diphtheritischen Prozess direkt zu beeinflussen sucht, und die Frage, ob solche Erfolg habe, ist Gegenstand vielfacher Kontroversen gewesen. Wenn jedoch, wie dies in den meisten Fällen den Thatsachen entspricht, die Schwere der Allgemeininfektion zu der Ausdehnung des lokalen Prozesses in einem gewissen Verhältnis steht, wenn ferner der lokale Prozess an und für sich schon durch seine Weiterverbreitung namentlich auf Kehlkopf und Luftröhre das Leben des Kranken im höchsten Grade gefährden kann, so liegt es doch sicher nahe, nach Mitteln zu suchen, welche auf die diphtheritischen Membranen in der Art einen Einfluss ausüben, dass sie dieselben zur Abstossung bringen, oder dass sie eine weitere Ausbreitung derselben verhindern. Solcher Mittel nun, die dieses bezwecken, sind es sehr viele. So hat man die einfache mechanische Entfernung der Membranen versucht, man hat dieselben mit adstringierenden, desinficierenden, lösenden, ätzenden Mitteln in Angriff genommen. Alle diese Mittel namentlich aufzuzählen und dieselben einer genaueren Kritik zu unterziehen, gehört nicht in den Rahmen dieser Arbeit, die sich zum Ziel gesetzt hat, über die Behandlungsweise, wie sie an der Tübinger medizinischen Klinik ausgeübt wird, zu berichten und deren praktische Erfolge an der Hand der zur Behandlung gekommenen Krankheitsfälle darzulegen.

In der Tübinger medizinischen Klinik wendet man zur lokalen Behandlung der Diphtherie schon seit vielen Jahren hauptsächlich den Schwefel an in der Form des Sulfur sublimatum crudum. Unter den gegen Diphtherie in Gebrauch gekommenen Mitteln gehört der Schwefel zu den älteren. Er wurde im Jahre 1866 zum erstenmale von Lagauterie (Rev. de thér. med. chir. 1866) empfohlen, und hat bald eine ganze Schar von Anhängern gefunden, wie dies aus den verschiedenen Publikationen in medizinischen Zeitschriften, in denen von den Verfassern über ihre therapeutischen Erfolge bei Anwendung von Schwefel berichtet wird, zu ersehen ist. So sprechen sich Schester und Heyn 1867 für die Anwendung von Flores sulfuris aus. Barbosa teilt 1868 (Bericht darüber in der med. chir. Rundschau) 18 Fälle von Diphtherie mit, in welchen durch

Einblasen von Flores sulfuris Heilung erzielt wurde. Ebenso treten Stuart A. Erskine (Sulphur as a topical application in diphtheria, Pract. Apr.) und Abelin (Om svafelblommas användande vid difterit. Hygiea 1869) unter Hinweis auf die von ihnen konstant erhaltenen guten Erfolge für denselben ein: der Schwefel, auf die erkrankte Stelle gebracht, scheine das Vermögen zu besitzen, das diphtheritische Exsudat aufzulösen oder zu zerstören. Gomez (deutsche Klinik 1870) berichtet über eine Anzahl von Krankheitsfällen, die er mit Flores sulfuris behandelt, und wobei er eine Mortalität von nur 10% erzielt habe. Kieser (zur Behandlung der Diphtherie, Württ. mediz. Korrespondenzblatt 1871) empfiehlt seinen Kollegen den Schwefel als ein sehr gut wirkendes Mittel. Seligson (zur Behandlung der Diphtherie, deutsche Klinik 1873) geht, nachdem er bis 1869 mit Argentum nitricum behandelt und dabei eine Mortalität von 19% gehabt hatte, zur Anwendung von Schwefel über und hat damit in den Jahren 1869—73 die Mortalität auf nur 7% herabgedrückt. Tutscheck (ärztliches Intelligenzblatt 1873) berichtet über einen schweren Fall von Diphtherie, der unter der Behandlung mit Schwefel zur Heilung kam, während ein ganz ähnlicher Fall aus derselben Epidemie bei der Behandlung mit Aetzungen letal endete. Erst neuerdings ist eine Autorität ersten Rangs, Professor Bäumler in Freiburg, für die lokale Anwendung von Flores sulfuris bei Diphtherie ganz entschieden eingetreten. Angeregt durch einen im British Medical Journal 1893 erschienenen Artikel von Robert Fair Frazer, in welchem dieser die Aufmerksamkeit seiner Kollegen auf die Behandlung der Diphtherie mit Schwefel lenkt, nimmt Bäumler Veranlassung, in demselben Journal über seine Erfahrungen in dieser Beziehung zu berichten. Durch die Darstellung von Liebermeister (Vorlesungen Bd. I. Leipzig 1885) darauf hingewiesen, hat er bei einer grossen Zahl von Fällen in seiner Klinik den Schwefel angewendet und ist dabei zu der Ueberzeugung gekommen, dass die Erfolge, welche die Behandlung mit Schwefel erzielte, weitaus bessere seien als die der vielen anderen zur lokalen Anwendung empfohlenen Mittel, die er versucht hatte. Seit 7 Jahren hat er sich auf den ausschliesslichen Gebrauch von Schwefel beschränkt.

Ueber die Art und Weise der Wirkung des Schwefels ist man sich noch nicht recht klar, obgleich man schon frühzeitig, bald nach Einführung des Schwefels in die Therapie der Diphtherie, sich die Sache theoretisch zurecht zu legen suchte. Ausgehend von der That-

sache, dass in der Landwirtschaft der Schwefel gegen Pilzkrankheiten der Pflanzen in Anwendung war, glaubten schon manche älteren Forscher dem Schwefel eine spezifische Wirkungskraft gegen die bei dem diphtheritischen Prozess vorausgesetzten Diphtherie-Pilzkeime zuschreiben zu sollen. Experimentelle Versuche in dieser Beziehung hat Oertel angestellt (Journal für Kinderkrankheiten Bd. LIV, 1870. Experimentelle Untersuchungen über Diphtherie. Deutsches Archiv für klinische Medizin 1871). Er stellte zunächst fest, dass der Schwefel an sich als ein unlösliches Präparat keine Einwirkungsfähigkeit besitzen könne, dass er aber mit dem in der Mundflüssigkeit vorhandenen Alkali zu Schwefelkalium sich umsetzen würde und dieses dann zerstörend einwirken könnte. Allein wiederholte in dieser Richtung eingeleitete Versuche, Behandlung der Schwefelblumen mit Mundspeichel und diphtheritischen Membranen, liessen ihn kein positives Resultat finden. Um die in den rohen Schwefelblumen vorhandene schweflige Säure auf ihre Wirkungskraft zu prüfen, liess er schweflige Säure in 2—3mal grösserer Menge, als sie in den Schwefelblumen vorhanden ist, auf Fäulnishefe einwirken, und fand dabei, dass dieselbe im stande war, den Mikrococcus abzutöten. Demnach wäre den rohen Schwefelblumen wegen ihres relativ geringen Gehaltes an schwefliger Säure nur die Wirksamkeit eines leichten Kausticums zuzuerkennen. Wie sich die Wirkungsweise des Schwefels auf den nunmehr fast allgemein als Erreger der Diphtherie anerkannten Löffler'schen Bacillus gestaltet, darüber sind noch keine zu einem entgültigen Resultate führenden Versuche angestellt worden. Die Berechtigung der Schwefelbehandlung ist also, wie dies bei so vielen anderen Mitteln der Fall ist, mehr in der rohen, aber schliesslich doch Ausschlag gebenden Erfahrung, als in einer den theoretischen Kern klarlegenden, durch bakteriologische Untersuchungen gestützten Begründung zu suchen. Liebermeister glaubt, auf seine Erfahrungen gestützt, ausser der augenscheinlichen mechanischen Wirkung des Schwefels auf die diphtheritischen Membranen, indem er dieselben zum Abfallen bringt, auch die Annahme einer etwaigen spezifischen Wirkung des Schwefels auf die Diphtherie-Mikroorganismen nicht ganz von der Hand weisen zu müssen. Er ist der Ansicht, dass möglicherweise auch das Vorhandensein von schwefliger und arseniger Säure im Sulfur sublimatum crudum von Belang sei, und verwendet aus diesem Grunde den Schwefel nur in der Form eben dieses Präparates. Ob Sulfur depuratum, der gewaschen wird und dadurch vielleicht wirksame Stoffe

verliert, ebenso gut wirke, ist bisher noch nicht durch ausreichende Erfahrungen festgestellt. Bäumler glaubt der Frage nach der Art des Präparates keine wesentliche Bedeutung beilegen zu müssen.

In der Tübinger medizinischen Klinik kamen in den Jahren 1883—94 im ganzen 63 Fälle von echter Diphtherie zur Behandlung. Ich bemerke dabei, dass die Fälle, welche in der Klinik als eigentlicher Croup aufgefasst wurden, hier nicht mitgerechnet sind; diese letzteren Fälle haben, zum Teil unter Anwendung der Tracheotomie, sämtlich einen günstigen Ausgang genommen.

Unter den 63 Kranken waren 39 männlichen, 24 weiblichen Geschlechts. Betreffs des Lebensalters der Patienten verteilen sich die Fälle folgendermassen:

1 Jahr.	2—5 J.	6—10 J.	11—15 J.	16—20 J.	21—25 J.	26 J. u. darüber.
3	8	10	10	16	11	5

Es wurden behandelt im Jahre:

1883	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894
1	1	6	2	0	2	0	2	1	3	26	19

Von den 63 Kranken treten 56 von Diphtherie geheilt aus der Klinik aus. Von diesen wurden 3 Kranke aus dem Jahre 1885 (No. 3, 4 und 5), welche mit tuberkulösen Gelenkaffektionen behaftet aus der chirurgischen Klinik herübergebracht worden waren, wo zur Zeit eine kleine Hausepidemie herrschte, der chirurgischen Klinik wieder übergeben. Bei diesen war der Verlauf des Fiebers durch die tuberkulösen Affektionen beeinflusst, indem auch nach Ablauf der Diphtherie die Körpertemperatur erhöht blieb.

Bei 2 Fällen erfolgte ein Recidiv. Der eine Patient (No. 29) war nach 9 Tagen, nachdem nach 3 Tagen ein Belag nicht mehr nachzuweisen und überhaupt keine Temperaturerhöhung vorhanden gewesen war, auf Wunsch entlassen worden; derselbe trat aber am Tage nach seiner Entlassung mit erneutem Belag, Fieber und stärkerer Schwellung der Halsdrüsen in die Klinik wieder ein. Bei dem 2. Patienten (No. 44) erfolgte während seines Aufenthalts in der Klinik nach 9 Tagen ein Recidiv. Die Lokalisation des diphtheritischen Prozesses war und blieb in den meisten Fällen auf die Rachenorgane beschränkt. Am häufigsten ist eine oder beide Tonsillen befallen. Daneben können auch die Gaumenbögen, die Uvula, die hintere Rachenwand affiziert sein; eine Beteiligung der Choanen und der Nasenschleimhaut macht sich durch den Ausfluss eines schmutzig-

eitrigen Sekretes aus der Nase kenntlich. Bei Affektion des Kehlkopfs und der Trachea tritt Heiserkeit, Stridor, Dyspnoe ein.

Was die Dauer des Belags betrifft, so ist zu konstatieren, dass in den meisten Fällen innerhalb der ersten 10 Tage der Belag zum Schwinden gebracht wurde. Das Minimum betrug 2, das Maximum 24 Tage.

Die Fieberverhältnisse sind sehr wechselnde, 5mal war überhaupt keine Steigerung der Körpertemperatur zu konstatieren. Manche Fälle erreichen nur niedrige Grade, bei andern wieder geht das Fieber hoch hinauf, doch sind meist solche Steigerungen von kurzem Bestand. Irgend ein bestimmter Typus der Fieberbewegung oder ein bestimmtes Verhältnis zu andern Erscheinungen der Diphtherie, so etwa zu der Ausdehnung oder Dauer des Belags, lässt sich nicht erkennen. Die höchste Temperatur mit 40°,4 erreicht Fall No. 48, der aber in seinen sonstigen Symptomen keinen besonders schweren Charakter zeigte. Am längsten hielt die Fieberbewegung bei dem recidivierenden Falle No. 29 an, der nach seiner 2. Aufnahme 23 Tage lang Temperatursteigerungen aufwies. Länger als 8 Tage hielt selten das Fieber an, und da, wenn auch vereinzelt hohe Grade erreicht wurden, immer ausgiebige Remissionen eintraten, so wurde fast nie ein Einschreiten gegen das Fieber nötig.

Von Komplikationen sind nicht besonders viele zu verzeichnen. Es waren vorhanden 3 Fälle mit tuberkulösen Affektionen, 2 mit Scarlatina, wovon der eine zugleich eine Nephritis aufwies, 2 mit schwerer ausgedehnter Bronchitis, 1 mit Tod abgegangener mit croupöser Pneumonie, 1 mit starker Drüsenschwellung und Infiltration des umgebenden Gewebes — abgesehen von den vielen Fällen, wo eine mässige Schwellung der Lymphdrüsen nachzuweisen war, — 1 mit den Symptomen einer Nephritis mit Eiweiss und Cylindern im Harn, 1 mit den Erscheinungen einer möglicherweise bestehenden congenitalen Lues und 1 mit Diphtheritis der Konjunktiva.

Der Aufenthalt der Kranken in der Klinik, d. h. die Behandlungsdauer bis zu einem Grade der Wiederherstellung, der eine ärztliche Beobachtung nicht mehr notwendig erscheinen lässt, und bei der der Kranke gekräftigt genug erscheint, um mit einiger Schonung wieder in seine alten Verhältnisse zurückkehren zu können, betrug im Minimum 2 Tage, im Maximum 47 Tage, im Mittel 2—3 Wochen. Ueber 25 Tage in Behandlung waren nur ganz wenige Fälle.

Von den 63 Kranken wurden 44 in der Hauptsache mit Schwefel,

daneben aber auch noch je nach den Umständen mit Priessnitzschen Umschlägen, mit Kali chloricum, mit Gurgelwässern aus Natron salicylicum oder Adstringatien behandelt. Bei 18 Fällen wurde neben Schwefel oder auch ohne denselben Karbolspray angewendet. Es waren dies zumeist Fälle, bei denen sich der Belag nach unten erstreckte und für Schwefelpuderungen nicht mehr genügend zugänglich war, oder bei denen Heiserkeit und Dyspnoe auf eine Erkrankung des Kehlkopfs und der Trachea hinweisen. Dabei wurde mit Sorgfalt der Harn und auch das allgemeine Verhalten der Kranken kontroliert und beim Eintritt der ersten Zeichen einer zu starken Karbolsäurewirkung mit dem Spray ausgesetzt. In solchen Fällen wurden dann häufig Inhalationen von Milchsäure in Anwendung gebracht.

Die Tracheotomie wurde 6mal ausgeführt, in zwei Fällen mit Erfolg.

Gegen das Fieber wurde nur 2mal eingeschritten, und zwar bei Fall No. 14, wo es sich um Diphtherie neben Scharlach handelte, und bei Fall No. 16, wo andauernd hohes Fieber vorhanden war. In diesen beiden Fällen wurden kühle Bäder gegeben und damit genügende Remissionen des Fiebers erzielt.

Durch den Tod abgegangen sind 7 Fälle. Es ergiebt sich daraus eine Sterblichkeitsziffer von ungefähr 11 Prozent.

Bei dem ersten Falle (No. 7) handelt es sich um einen 3½ Jahre alten Knaben, der dem Tode nahe unter den Symptomen der bedenklichsten Larynxstenose in die Klinik gebracht, sofort tracheotomiert und unter permanenten Karbolspray gesetzt wurde. Daraufhin wurde die Atmung wieder etwas freier, allein in der darauf folgenden Nacht erfolgte unter plötzlich einsetzender Atemnot der Tod. Die Sektion ergab, dass der Kehlkopf und die Hälfte der Trachea mit croupös-diphtheritischen Membranen austapeziert war; die Rachenorgane zeigten nur Schwellung und Rötung, keinen Belag.

Beim 2. Falle (No. 11) war der Tod nicht durch den lokalen Prozess bedingt, sondern durch eine akut einsetzende Herzdegeneration, welche sich klinisch durch äusserst frequente Herzaktion und Beschleunigung der Atmung, endlich durch Herzlähmung äusserte; zugleich bestand hohes Fieber, während der örtliche Prozess nur geringe Ausdehnung zeigte und gegen das Ende hin überhaupt kaum noch nachzuweisen war.

Der 3. Fall (No. 13) war durch eine doppelseitige croupöse Pneumonie kompliziert. Es bestand hohes Fieber und hochgradige Atemnot, und der Kranke, ein kräftiger Mann von 19 Jahren, erlag schon am 2. Tage.

Beim 4. Falle (No. 48), einem 2½ Jahre alten Knaben, war von Anfang an durch eine hochgradige Dyspnoe, die durch eine über beide Lungen ausgebreitete Bronchitis capillaris bedingt war, das Leben in hohem Grade gefährdet. Trotz der Anwendung von Brechmitteln, von kalten Uebergiessungen im warmen Bade und trotz der Ausführung der Tracheotomie nahm die Atemnot immer mehr zu. Die Sektion ergab Croup des Larynx, der Trachea und der grossen Bronchien und eine schleimig-eitrige Bronchitis der kleinen und kleinsten Aeste.

Der 5. Fall (No. 53) betraf ein 8jähriges Mädchen, bei dem ebenfalls eine schwere Bronchitis capillaris bestand. Der Tod erfolgte am 4. Tage durch Erstickung. Auch hier hatte die Tracheotomie nicht Rettung bringen können. Die Autopsie zeigte Croup des Nasenrachenraums, des Larynx, der Trachea und der Bronchien.

Beim 6. Falle (No. 58) ist neben der weiten Ausdehnung der diphtheritischen Membranen über den ganzen Pharynx und Larynx die direkte Todesursache in plötzlich einsetzender Herzlähmung zu suchen.

Beim letzten Falle (No. 60) handelte es sich um ein ganz anaemisches und schlecht genährtes 9 Monate altes Kind, dessen Wiederstandsfähigkeit nur gering war. Der diphtheritische Prozess erstreckte sich auch hier bis auf die Bronchien hinab, so dass die vorgenommene Tracheotomie keinen Erfolg haben konnte.

Es sind dies fast lauter Fälle, bei denen der letale Ausgang nicht einer ungenügenden Wirkungsweise des Schwefels zugeschrieben werden kann, indem entweder die schweren begleitenden Komplikationen ein wesentliches Moment für den erfolgten Tod darstellen, oder Zufälle, wie akute Herzdegeneration, eintraten, die durch kein Mittel vermieden werden können. Wenn die Kranken schon sterbend in die ärztliche Behandlung kommen, wenn der diphtheritische Prozess Kehlkopf und Luftröhre ergriffen hat, und dadurch die Atmung in hohem Grade beeinträchtigt ist, da wird auch der Schwefel nichts mehr leisten können.

Man könnte nun allerdings die Berechtigung, aus dieser statistischen Zusammenstellung von 62 Fällen Schlüsse zu ziehen, verneinen unter Vorhaltung der geringen Zahl von Fällen. Allein dies wird dadurch einigermassen ausgeglichen, dass die Beobachtungen sich über einen Zeitraum von mehr als 10 Jahren erstrecken, dass demnach die Fälle teils sporadisch aufgetretene sind, teils einzelnen Epidemien angehören und also nicht alle denselben Charakter einer oder mehrerer grösserer Epidemien an sich tragen. Demnach sind die Erfolge der Diphtherietherapie an der Tübinger medizinischen Klinik als sehr günstige zu bezeichnen, und da die Kranken haupt-

sächlich mit Schwefel behandelt wurden, so ist es doch wohl berechtigt, das günstige Ergebnis zum Teil diesem Mittel zuzuschreiben. Unter den zu örtlicher Anwendung kommenden Mitteln zählt der Schwefel sicherlich zu den besten und verdient eine warme Empfehlung.

Die Behandlung der Diphtherie-Kranken, wie sie an der Tübinger medizinischen Klinik gehandhabt wird, ist im allgemeinen folgende: Die Kranken werden in das mit der Klinik in keinerlei Zusammenhang stehende Isolierhaus verbracht, wo sie von einem besonderen Wartepersonal verpflegt werden. Auch die mit den Patienten in Berührung kommenden Aerzte und Studenten haben sich durch Desinfektion der Hände und Wechseln des Rockes der grössten Vorsicht zu befleissigen. Es wird damit die Verhinderung einer Weiterverbreitung der Krankheit bezweckt. Ebenso werden die Kleider und Wäsche der Patienten, sowie alle Gegenstände, die mit den Kranken in Berührung gekommen sind, durch Auskochen oder Schwefeldämpfe desinfiziert. Die Patienten erhalten dann meist einen Priessnitzschen Umschlag um den Hals, der mehreremals des Tages gewechselt wird; doch wird darauf gesehen, dass derselbe nicht zu fest und zu dick angelegt wird, damit der Kranke nicht dadurch belästigt oder gar in der Atmung behindert werde. Zur örtlichen Behandlung, die, wenn ein für sie zugänglicher Belag konstatiert ist, sofort in Angriff genommen wird, dient in erster Linie der Schwefel in der Form des Sulfur sublimatum crudum. Mit einem aus feinen Haaren bestehenden Rachenpinsel werden die diphtheritischen Membranen möglichst dick damit eingepudert, und zwar werden diese Puderungen alle 1 bis 2 Stunden, oder wo es nicht so nötig erscheint, nur 3 bis 4mal im Tage vorgenommen. Die Procedur ist sehr einfach, ist mit keinerlei Schmerzen verbunden und lässt sich auch bei Kindern, wenn man einigermassen schonend vorgeht, und wenn dieselben überhaupt zu veranlassen sind, den Mund aufzumachen, ohne Schwierigkeit durchführen. Verweigern Kinder ein freiwilliges Oeffnen des Mundes, so kann man dies durch Zuhalten der Nase erreichen, indem sie dadurch meist zum Schreien veranlasst werden oder wenigstens gezwungen werden, durch den Mund zu atmen und diesen zu öffnen. Zufälle, wie sie bei Anwendung von starken Aetzmitteln beobachtet worden sind, wie Glottiskrampf und Tod der Patienten, sind dabei ausgeschlossen, auch sind Verletzungen durch den weichen Pinsel, eventuell bedingt durch ungeschickte Handhabung oder unvermutete Bewegungen der Kranken, nicht leicht möglich. Schluckt der Patient ein wenig von dem eingeführten Schwefel, so ist damit keinerlei

Schaden verknüpft, er wirkt höchstens als leichtes Abführmittel. Da bei Diphtherie ein mehr oder weniger ausgesprochener Mundkatarrh vorhanden zu sein pflegt, so wird ein Gurgelwasser verordnet, und zwar gewöhnlich Natr. salicylicum in 10% Lösung (10,0 : 100,0), das durch seine desinfizierenden Eigenschaften auf die in den diphtheritischen Membranen sich abspielenden Fäulnis- und Zersetzungsprozesse einwirken und den so häufig vorhandenen starken Foetor ex ore mildern soll, oder auch Alaun oder Salbei in Verbindung mit Alaun (Infusum foliorum salviae 15,0 : 200,0 Alum. depurat. 8,0). Bei Kindern, welche nicht zu gurgeln verstehen, kann dies allerdings nicht in Betracht kommen, und es wäre aus diesem Grunde wünschenswert, wenn die Mütter möglichst frühzeitig schon in gesunden Tagen ihren Kindern dieses kleine Kunststück beizubringen versuchten. Diese Gurgelungen werden häufig, etwa alle 2 Stunden, vorgenommen.

Innerlich wird Kali chloricum in Lösung gegeben, bei Erwachsenen etwa 5 auf 200, bei Kindern 2 auf 200, alle 2 Stunden 1 Esslöffel. Nach der gewöhnlichen Ansicht rechnet man dabei auf die desinfizierende und antiparasitäre Wirkung, die dem Kali chloricum zugeschrieben wird, indem dasselbe auf den infizierten und geschwürigen Partien durch Abgabe seines Sauerstoffs in aktiver Form leicht ätzend und fäulniswidrig einwirken soll. Dadurch, dass das Kali chloricum bald nach der Aufnahme durch den Magen im Speichel wieder ausgeschieden wird, wird die Einwirkung eine anhaltendere. Auch eine spezifische Wirkungsweise wird bekanntlich von mancher Seite dem Kali chloricum zugeschrieben.

In den Fällen, welche sich für eine ausschliessliche Behandlung mit Schwefel weniger eignen, und es sind dies namentlich solche mit grosser Ausbreitung des Prozesses, werden Inhalationen mit Karbolsäurelösung (1 bis 3 Prozent) angewendet. Kleine Kinder werden anhaltend unter einem Spray von schwächerer Karbolsäurelösung erhalten. Die Beobachtung des Urins und des übrigen Verhaltens des Kranken zeigt, wann damit ausgesetzt werden muss. Bei Ausdehnung des Prozesses auf den Kehlkopf werden auch andere Mittel angewendet, von denen man hoffen kann, dass sie die Membranen auflösen, wie Inhalationen von Kalkwasser, von Milchsäure in 5% Lösung. Ein kräftiges Brechmittel (Tartar. stibiat. 0,2 — Pulv. radicis Ipecacuanhae 3,0 — Aqu. destill. 60,0 — Mucil. Gi arab. — Oxymell. Scillae ana 15,0 MDS. Umgeschüttet alle 10 Minuten 1 Esslöffel bis zur Wirkung) kann bei eintretender Atemnot die Ausstossung von Membranen herbeiführen. Bei Kindern erreicht

man durch kalte Uebergiessungen im warmen Bad oft eine Hebung der Atemnot, indem dieselben dadurch reflektorisch zu ausgiebigen Atembewegungen veranlasst werden. Es kann dies besonders bei bestehender Bronchitis capillaris geboten sein.

Eine antipyretische Behandlung wird selten nötig. Es werden täglich mindestens zweimal Temperaturmessungen vorgenommen. Die Temperatur bleibt aber in den meisten Fällen nicht anhaltend hoch, sondern geht bald wieder zu einem Grade zurück, bei dem eine Antipyrese nicht mehr indiziert ist, um allerdings vielleicht zeitweise wieder zuzunehmen. Wenn jedoch sehr hohe Temperaturen anhaltend fortbestehen und das Befinden des Patienten ein Einschreiten in dieser Richtung verlangt, so wird mit einer antipyretischen Behandlung nicht gezögert. Wie bei der Fieberbehandlung überhaupt, so gilt auch hier der Grundsatz, nicht etwa die Körpertemperatur andauernd auf normale Grade herabgedrückt halten zu wollen, sondern starke Remissionen wenn auch von kürzerer Dauer zu erzielen, damit der Organismus Gelegenheit bekommt, sich von den Wirkungen der Temperatursteigerung zu erholen. Diese künstlichen Remissionen lässt man am besten mit den Spontanremissionen zusammenfallen, das heisst, man richtet es so ein, dass die Wirkung des zur Antipyrese verwendeten Mittels zu einer Zeit auftritt, wo die Körpertemperatur von selbst schon eine gewisse Neigung zum Sinken hat: es ist dies namentlich zur Mitternachtszeit der Fall. Welcher Art das zur Verwendung kommende Mittel ist, das ist im allgemeinen von untergeordneter Bedeutung, da es sich nie um eine langdauernde, programmmässige antipyretische Behandlung, wie z. B. bei Typhus abdominalis, handeln wird. In der Tübinger medizinischen Klinik, in welcher überhaupt bei Fieber der einfachen Wärmeentziehung durch Wasser gegenüber den antipyretischen Medikamenten, die erst in zweiter Linie, wenn etwa eine Contraindication für die Wasserbehandlung besteht, in Betracht kommen, der Vorzug gegeben wird, kommt auch bei Diphtherie, falls es notwendig erscheint, die Kaltwasserbehandlung zur Anwendung. Es werden dabei meist kalte Vollbäder, für Erwachsene von 16° R, für Kinder entsprechend höher, in der Dauer von 10 Minuten gegeben.

Den letzten Akt in der Behandlung der Diphtherie bildet häufig die Tracheotomie. Dieselbe wird ausgeführt, sobald Erstickungsgefahr durch Kehlkopfverengerung vorhanden ist.

Von nicht untergeordneter Bedeutung ist ferner noch die diätetische Behandlungsweise, indem dieselbe einen nicht unwesentlichen

Einfluss auf den Verlauf der Krankheit ausübt, insofern sie den Zweck hat, die Widerstandsfähigkeit des Patienten zu kräftigen und zu erhalten. Das Krankenzimmer soll hell, freundlich und geräumig sein. Besonders ist für gute Luft zu sorgen, und man scheue eine etwas frischere Temperatur, sofern dabei Zugluft vermieden wird, keineswegs. In der Wäsche und in allem übrigen sehe man auf peinlichste Reinlichkeit. Die Ernährung soll derart sein, dass dabei der Kräftezustand möglichst erhalten bleibt. Da wegen der beim Schlucken entstehenden Schmerzen sowie auch direkt wegen der mechanischen Hindernisse, welche sich den eingeführten Nahrungsmitteln darbieten, von einer Ernährung mit festen Speisen in den meisten Fällen abgesehen werden muss, so soll die flüssige Ernährungsweise so eingerichtet werden, dass dadurch dem Kranken möglichst lange Kraft und Widerstandsfähigkeit gesichert bleibt. Das Fieber und der damit verbundene Wasserverlust machen schon die Zuführung einer für den Ersatz ausreichenden Flüssigkeitsmenge notwendig. In der Hauptsache werden Suppe und Milch zur Ernährung verwendet. Auch Wein und andere Alkoholika werden je nach den einzelnen Fällen in passender Dosis gegeben, und bei eintretender Herzschwäche wird diese Dosis in entsprechender Weise gesteigert.

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. von Liebermeister sage ich für die gütige Ueberlassung des Materials und die freundliche Unterstützung bei der Abfassung der vorliegenden Arbeit meinen verbindlichsten Dank.

Nr.	Name. Geschlecht. Alter. Zeit des Aufenthalts in der Klinik.	Krankheitstage vor der Aufnahme.	Lokalisation des diphth. Prozesses.	Zahl der Fiebertage.	Höchste Temperatur.	Dauer des Belags.	Komplikationen.	Behandlung.	Erfolg.	Sektionsbefund.
1	M. H. f. 29 Jahre. 19. I. 1883—1. VI. 1883.	3	Tonsillen.	7	39,7			Priessnitz, Kal. chlor. Karbolsäure-Pinselungen.	Geheilt.	
2	M. Sch. f. 15 Jahre. 6. III. 84—20. III. 84.	5	Tonsillen.	8	38,2	14		Priessnitz, Sulfur, Na salicylicum.	Geheilt.	
3	L. R. f. 4 Jahre. 21. II. 85—14. III. 85.	1	Tonsillen, Rachen, Choanen.	Anhaltendes Fieber in Zusammenh. m. tuberkul. Gelenkaff.	39,9		Skrophulose. Verschiedene Male Karbolintoxikationen.	Priessnitz, Sulfur, Karbol-, bezw. Milchsäure-Inhalationen.	Geheilt. (Chirurgische Klinik.)	
4	L. L. f. 7 Jahre. 21. II. 85—16. III. 85.	1	Tonsillen.	Anhaltendes Fieber	40,4	11	Gonitis fungosa.	Priessnitz, Sulfur.	Geheilt. (Chir. Klinik.)	
5	L. B. f. 6 Jahre 29. V. 85—19. VI. 85.	1	Tonsillen.	Anhaltendes Fieber	39,3	20	Fungus cubiti dextri.	Priessnitz, Sulfur, Karbol.	Geheilt. (Chir. Klinik.)	
6	J. St. f. 5½ Jahre. 14. IX. 85—1. X. 85.	1	Tonsillen.	5	39,8	9		Priessnitz, Sulfur	Geheilt.	
7	W. B. m. 3½ Jahre. 19. V. 85—20. V. 85.	1	Bedenkliche Larynxstenose.	7	38,2			Sofortige Tracheotomie; Karbolspray.	Gestorben.	Belag d. Tonsillen. Kehlk. u. Hälfte der Trachea mit Membranen austapeziert.

Nr.	Name. Geschlecht. Alter. Zeit des Aufenthalts in der Klinik.	Krankheitstage vor der Aufnahme.	Lokalisation des diphth. Prozesses.	Zahl der Fiebertage.	Höchste Temperatur.	Dauer des Belags.	Komplikationen.	Behandlung.	Erfolg.	Sektionsbefund.
8	E. K. m. 6 Jahre. 12. V. 85—6. VI. 85.	1	Tonsillen.	6	39,8	13		Sulfur, Na salicylicum, Karbol.	Geheilt.	
9	Th. B. m. 24 Jahre. 15. VI. 86—27. VI. 86.	1	Tonsillen u Gaumenbög.	4	38,7	3		Priessnitz, Sulfur, Na salicylicum.	Geheilt.	
10	Ch. M. m. 24 Jahre. 12. XII. 86—25. XII. 86.	1	Linker Gaumenbogen u. hintere Rachenwand.	Keine Temperatursteigerung.		4		Sulfur, Salbei mit Alaun.	Geheilt.	
11	P. Sch. f. 4 Jahre. 30. IV. 88—7. V. 88.	4	Tonsillen u. Uvula.	5	40,1	7		Priessnitz, Sulfur, Na salicylicum.	Gestorben.	Akute Herzdegeneration.
12	M. W. f. 15 Jahre. 23. XI. 88—14. XII. 88.	4	Tonsillen.	6	39,8	6	Scarlatina mit Nephritis.	Priessnitz, Sulfur, Na salicylicum.	Geheilt.	
13	O. Sch. m. 19 Jahre. 16. VI. 90—17. VI. 90.	1	Tonsillen, Uvula, Choanen.	1	40,0		Pneumonia crouposa dextra.	Priessnitz, Sulfur, Na salicylicum.	Gestorben.	Rachenorg., Epiglottis, Larynx, Trachea u. Bronchien mit Membranen bedeckt. Pneumonie im r. und l. Unterlappen.

Nr.	Name. Geschlecht. Alter. Zeit des Aufenthalts in der Klinik.	Krankheitstage vor der Aufnahme.	Lokalisation des diphth. Prozesses.	Zahl der Fiebertage.	Höchste Temperatur.	Dauer des Belags.	Komplikationen.	Behandlung.	Erfolg.	Sektionsbefund.
14	P. F. m. 6 Jahre. 15. X. 90—30. X. 90.	8	Tonsillen.	10	40,0	10	Scarlatina.	Priessnitz, Sulfur. Kal. chlor. Bäder.	Geheilt.	
15	G. M. m. 16½ Jahre. 26. II. 91—20. III. 91.	1	Rechte Tons.	18	40,2	4		Priessnitz, Sulfur.	Geheilt.	
16	A. R. m. 7 Jahre. 5. XI. 92—22. XI. 92.	2	Tonsillen.	15	40,1		Bronchitis.	Priessnitz, Sulfur, Kal. chlor. Karbolspray, Bäder.	Geheilt.	
17	W. O. m. 14 Jahre. 29. XI. 92—16. XII. 92.	1	Tonsillen.	7	39,3	7		Priessnitz, Sulfur, Kal. chloricum.	Geheilt.	
18	A. B. f. 34 Jahre. 4. XII. 92—16. XII. 92.	2	Linke Tons.	5	40,1	6		Priessnitz, Sulfur.	Geheilt.	
19	F. L. m. 18 Jahre. 2. III. 93—10. III. 93.	1	Tonsillen u. Gaumenbög.	6	39,8	8		Priessnitz, Sulfur, Kal. chloricum.	Geheilt.	
20	W. N. m. 6 Jahre. 24. III. 93—5. IV. 93.	12	Tonsillen u. hintere Rachenwand.	13	38,2	11	Diphtheritis der Konjunktiva.	Priessnitz, Sulfur, Karbolspray.	Geheilt.	
21	L. M. f. 15½ Jahre. 27. IV. 93—12. V. 93.	4	Tonsillen.	9	39,5	8		Priessnitz, Sulfur, Kal. chlor. Karbolspray.	Geheilt.	

Nr.	Name. Geschlecht. Alter. Zeit des Aufenthalts in der Klinik.	Krankheitstage vor der Aufnahme.	Lokalisation des diphth. Prozesses.	Zahl der Fiebertage.	Höchste Temperatur.	Dauer des Belags.	Komplikationen.	Behandlung.	Erfolg.	Sektionsbefund.
22	R. G. m. 23 Jahre. 5. VI. 93– 9. VI. 93.	2	Tonsillen.	2	38,1	2		Priessnitz, Sulfur.	Geheilt.	
23	K. A. f. 20 Jahre. 11. VI. 93—21. VI. 93.	1	Tonsillen u. hintere Rachenwand.	7	39,9	8		Priessnitz, Sulfur, Kal. chloricum.	Geheilt.	
24	J. D. m. 24 Jahre. 16. VI. 93—22. VI. 93.	3	Tonsillen u. Uvula.	4	38,3			Priessnitz, Sulfur, Kal. chloricum.	Geheilt.	
25	O. Sch. m. 21 Jahre. 28. VI. 93—5. VII. 93.	1	Tonsillen.	4	39,0	2		Priessnitz, Sulfur.	Geheilt.	
26	K. G. f. 14 Jahre. 7. VII. 93—27. VII. 93.	2	Tonsillen.	6	38,7	6		Priessnitz, Sulfur, Kal. chlor. Na salicylicum.	Geheilt.	
27	E. T. f. 4 Jahre. 9. VII. 93—28. VII. 93.	2	Tonsillen.	14	39,2	13		Priessnitz, Sulfur, Kal. chloricum.	Geheilt.	
28	O. M. m. 15 Jahre. 19. VII. 93—29. VII. 93.	3	Tonsillen und hintere Gaumenbögen.	6	38,0	8		Priessnitz, Sulfur, Kal. chloricum.	Geheilt.	

Nr.	Name. Geschlecht. Alter. Zeit des Aufenthalts in der Klinik.	Krankheitstage vor der Aufnahme.	Lokalisation des diphth. Prozesses.	Zahl der Fiebertage.	Höchste Temperatur.	Dauer des Belags.	Komplikationen.	Behandlung.	Erfolg.	Sektionsbefund.
29	M. L. f. 15 Jahre. 12. VII. 93—19. VII. 93.	5	Tonsillen.	Keine Temperatursteigerung.		3		Priessnitz, Kal. chlor.	Entlassung auf Wunsch.	
	2. Aufnahme.									
	20. VII. 93—27. VIII. 93.		Tonsillen u. hintere Rachenwand.	23	39,4	17	Lymphadenitis.	Priessnitz, Sulfur, Kal. chloricum.	Geheilt.	
30	E. W. m. 14 Jahre. 2. VIII. 93—8. IX. 93.	3	Tonsillen u. Uvula.	14	39,8	11	Urin trübe, Eiweiss, Cylinder enthaltend.	Priessnitz, Sulfur, Kal. chloric. Karbolspray.	Geheilt.	
31	J. L. m. 16 Jahre. 9. X. 93—19. X. 93.	2	Tonsillen.	5	39,4	5		Priessnitz, Sulfur.	Geheilt.	
32	L. B. f. 17 Jahre. 18. X. 93—30. X. 93.	2	Tonsillen u. Uvula.	5	40,0	5		Priessnitz, Sulfur, Kal. chlor. Na salicylicum.	Geheilt.	
33	M. V. f. 34 Jahre. 27. X. 93—6. XI. 93.	1	Tonsillen, Gaumensegel und hintere Rachenwand.	6	39,1	4		Priessnitz, Sulfur, Kal-chlor. Na salicylicum.	Geheilt.	
34	K. F. m. 18 Jahre. 12. XI. 93—28. XI. 93.	2	Gaumenbögen.	7	39,7	8		Priessnitz, Sulfur, Kal. chloricum.	Geheilt.	

Nr.	Name. Geschlecht. Alter. Zeit des Aufenthalts in der Klinik.	Krankheitstage vor der Aufnahme.	Lokalisation des diphth. Prozesses.	Zahl der Fiebertage.	Höchste Temperatur.	Dauer des Belags.	Komplikationen.	Behandlung.	Erfolg.	Sektionsbefund.
35	J. L. m. 19 Jahre. 13. XI. 93—25. XI. 93.	1	Tonsillen.	7	38,9	5		Priessnitz, Sulfur, Kal. chloricum.	Geheilt.	
36	G. L. m. 19 Jahre. 12. XI. 93—28. XI. 93.	2	Tonsillen.	10	39,1	13		Priessnitz, Sulfur, Kal. chloricum.	Geheilt.	
37	W. W. m. 13 Jahre. 16. XI. 93—23. XI. 93.	3	Tonsillen.	Keine Temperaturerhöhung.		3		Priessnitz, Sulf., Alaun.	Geheilt.	
38	R. K. m. 26 Jahre. 28. XI. 93—2. XII. 93.	6	Linke Tons.	1	37,9	3		Priessnitz, Sulfur, Kal. chloricum.	Geheilt.	
39	J. Sch. m. 18 Jahre. 2. XII. 93— 4. XII. 93.	1	Linker Gaumenbogen.	Keine Temperaturerhöhung.		2		Priessnitz, Sulf., Alaun.	Geheilt.	
40	P. Th. m. 23 Jahre. 3. XII. 93—13. XII. 93.	1	Tonsillen.	3	40,3	5		Priessnitz, Sulfur, Kal. chloricum.	Geheilt.	
41	K. B. m. 17 Jahre. 6. XII. 93—11. XII. 93.	3	Rechte Tonsille.	5	38,6	2		Priessnitz, Sulf., Alaun.	Geheilt.	
42	K. B. m. 20 Jahre. 7. XII. 93—13. XII. 93.	2	Tonsillen.	6	39,9	2		Priessnitz, Sulfur.	Geheilt.	
43	K. G. m. 4½ Jahre. 11. XII. 93—24. XII. 93.	1	Rechte Tonsille.	6	39,5	9		Priessnitz, Sulfur, Kal. chlor. Alaun.	Geheilt.	

Nr.	Name. Geschlecht. Alter. Zeit des Aufenthalts in der Klinik.	Krankheitstage vor der Aufnahme.	Lokalisation des diphth. Prozesses.	Zahl der Fiebertage.	Höchste Temperatur.	Dauer des Belags.	Komplikationen.	Behandlung.	Erfolg.	Sektionsbefund.
44	M. Sch. f. 11 Jahre. 21. VII. 93—7. IX. 93.	1	Tonsillen.	6 26	40,3 40,3	9 24	Nach 9 Tagen Recidiv.	Priessnitz, Sulfur, Kal. chloric. Karbolspray.	Geheilt.	
45	W. N. f. 16 Jahre. 6. I. 94—16. I. 94.	2	Hintere Rachenwand.	6	38,9	10		Priessnitz, Sulfur, Kal. chlor. Alaun.	Geheilt.	
46	A. B. m. 6 Jahre. 25. I. 94—25. II. 94.	3	Rachenorgane ohne Belag. Hochgradige Laryngostenose.	25	39,7		Schmutzig schmieriger Belag d. Tracheotomiewunde.	Priessnitz, Karbolspray, Tracheot. Brechmittel.	Geheilt.	
47	W. G. m. 22 Jahre. 7. II. 94—17. II. 94.	2	L. Tonsille.	2	39,6	3		Priessnitz, Sulfur, Kal. chloricum.	Geheilt.	
48	Ch. B. m. 2½ Jahre. 24. II. 94—1. III. 94.	2	Tonsillen.	3	39,7		Bronchitis.	Priessnitz, Sulf., Brechmittel, Tracheotomie, Karbolspray.	Gestorben.	Croup des Larynx, der Trachea und grossen Bronchien. Katarrhalische Entzündung d. klst. Aeste.
49	L. E. f. 6 Jahre. 23. II. 94—9. III. 94.	1	Tonsillen.	4	40,4	4		Priessnitz, Sulfur, Karbolspray.	Geheilt.	

Nr.	Name. Geschlecht. Alter. Zeit des Aufenthalts in der Klinik.	Krankheitstage vor der Aufnahme.	Lokalisation des diphth. Prozesses.	Zahl der Fiebertage.	Höchste Temperatur.	Dauer des Belags.	Komplikationen.	Behandlung.	Erfolg.	Sektionsbefund.
50	M. G. f. 3 Jahre. 15. II. 94—9. III. 94.	3	Tonsillen.	3	39,8	13		Priessnitz, Sulfur, Kal. chloricum.	Geheilt.	
51	L. K. f. 22 Jahre. 15. III. 94—7. IV. 94.	3	Tonsillen.	Keine Temperaturerhöhung.		5		Priessnitz, Sulfur, Kal. chlor. Alaun.	Geheilt.	
52	G. K. m. 11 Jahre. 24. III. 94—1. IV. 94.	8	Tonsillen, Uvula, hint. Rachenwand.	4	39,9	6		Priessnitz, Sulfur, Kal. chloricum.	Geheilt.	
53	S. G. f. 8 Jahre. 27. III. 94—29. III. 94.	4	Linke Tonsille und Gaumenbog.	3	39,0		Bronchitis.	Priessnitz, Sulfur, Kal. chlor. Karbolspray, Tracheotomie.	Gestorben.	Croup des Nasenrachenraums, des Larynx, der Trachea, der Bronchien.
54	W. K. m. 17 Jahre. 12. IV. 94—24. IV. 94.	2	Tonsillen.	2 6	38,4	2 4	Nach 2 Tagen Recidiv.	Priessnitz, Sulfur.	Geheilt.	
55	Th. S. m. 23 Jahre. 14. IV. 94—26. IV. 94.	1	Tonsillen.	6	39,3	7		Priessnitz, Sulfur.	Geheilt.	
56	K. A. m. 27 Jahre. 20. IV. 94—25. IV. 94.	4	Tonsillen.	3	40,3	3		Priessnitz, Sulfur, Kal. chlor. Alaun.	Geheilt.	
57	E. D. m. 16 Jahre. 19. IV. 94—25. IV. 94.	1	Linke Tons.	2	39,4	3		Kal. chloric. Alaun.	Geheilt.	

Nr.	Name. Geschlecht. Alter. Zeit des Aufenthalts in der Klinik.	Krankheitstage vor der Aufnahme.	Lokalisation des diphth. Prozesses.	Zahl der Fiebertage.	Höchste Temperatur.	Dauer des Belags.	Komplikationen.	Behandlung.	Erfolg.	Sektionsbefund.
58	J. M. m. 9 Jahre. 17. V. 94—20. V. 94.	1	Gaumen, Uvula, hint. Rachenwand.	4	39,8			Sulfur, Kal. chlor. Karbolspray.	Gestorben.	Diphtherie d. Rachens und Kehlkopfs, fettige Entartung des Herzens, Bronchopneumonie.
59	G. Sch. m. 1 Jahr. 26. V. 94—5. VI. 94.	1	Rachenorgane ohne Belag. Laryngostenose.	7	38,5			Sulfurinsufflationen, Kalkwasserspray. Kal. chloricum.	Geheilt.	
60	E. S. m. 3/4 Jahr. 22. VI. 94—29. VI. 94.		Tonsillen, Pharynx, Larynx.	8	39,7		Geschw. a. d. l. Handfl. Multiple geschw. Lymphdrüs.	Sulfur, Kalkwasser, Tracheotomie, Brechmittel.	Gestorben.	Diphtherie d. Pharynx, Larynx, Trachea u. Bronchien.
61	M. H. f. 25 Jahre. 10. VIII. 94—16. VII. 94.	1	Tonsillen.	2	39,8	4		Priessnitz, Sulfur, Kal. chlor. Alaun.	Geheilt.	
62	S. S. f. 23 Jahre. 18. VII. 94—22. VII. 94.	3	L. Gaumenbogen.	2	38,1	3		Priessnitz, Sulfur, Kal. chloricum.	Geheilt.	
63	A. Pf. m. 2 Jahre. 9. VIII. 94—20. VIII. 94.	2	Tonsillen, Larynx.	7	40,0	4	Larynxsteno. Albuminurie.	Sulfur, Tracheotomie.	Geheilt.	